

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Directoraat Generaal
Volksgezondheid**
Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en
Infectieziekten

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Datum
4 juni 2021

Aantal pagina's
6

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

agenda

Betreft	Verkenning RVS over het vaccinatiestelsel
Vergaderdatum en -tijd	17 juni 9.30-11.00u
Vergaderplaats	webex
Aanwezig	5.1.2e & 5.1.2e (LHV), 5.1.2e 5.1.2e (NHG)

Hoofdpijnen:

- Mensen met medische indicatie onvoldoende bereikt: zijn het hier niet mee eens. Nivel monitor laat zien 70% bereik kwetsbaren. kan altijd beter. Je moet dieper in de getallen duiken. Het is een schot in de rug wat uitnodigt voor verdere analyse. Verschil in med indicatie. Sommige mensen hebben medische indicatie maar zijn niet kwetsbaar. 25 jaar met astma bijv. Benieuwd of patiënt zijn eigen kwetsbaarheid kan inschatten.
- Financiering: wat onder zvw? knip zou lastig zijn in de uitvoering en ongewenst, van als van eigen risico gaat verhoogd het de opkomst ook niet. Alles wat goed loopt, met name griep prik, zou ik geen ander financieel systeem op los laten. Vaccinaties tussen door, financieel nooit wat voor geregeld, dus als je dat makkelijker maakt helpt dat ook. Geen grotere aantallen maar wel individueel veel gezondheidswinst te halen. Patiënt niet vergoed en uitvoerder niet vergoed.
- Ict systemen kunnen niet goed communiceren: krijgen hier veel jeuk van. Doet denken aan big data. Med indicatie is waarde van de huisartsen, kan scherper, maar mensen die geïndiceerd zijn zitten erin. Maar koppeling van zorgsystemen in de vorm van zorgverleners: ziekenhuis – huisarts – apotheek, dat helpt, bijv kankerpatiënt die chemo ondergaan kunnen we moeilijk selecteren. Dat komt niet makkelijk in medicatie overzicht. Als die koppeling beter is kan je beter identificeren. Dan wordt het makkelijker om de juiste mensen de prikken te geven.
- Vinden dit ook echt een taak van de huisarts. Samen met de specialist. Hele bestand naar GGD kan niet. Niet wenselijk om medische informatie aan GGD door te geven. Was nu met covid avg proef door code op uitnodigingbrief, ggd hebben gegevens niet gekregen. Proces afspraken kan je via patiënt doen. Zien we niet als breekpunt. Wel wens om het te

verbeteren, maar proces afspraken is makkelijker en minder ethisch en technische problemen.

- Ook moeite met: vaccinatie als normale medische interventie en in richtlijn. als je kijkt naar NPG: loopt goed en hoef je niet te splitsten, dan kan juist ook gevolgen hebben. Covid was crisis. Kunnen niet vinden in deze splitsing. No go. wat vergeten wordt, griep en pneu voorspelbaar proces, vele vaccineren en dan verdwijnt het weer. Kan je wel bij ggd beleggen, maar wel hele opgebouwde organisatie die niet overeind gaat blijven gedurende een heel jaar. Als huisartsen hebben we wel die faciliteit, 5000 prikpunten kunnen veel vaccins toedienen. Wordt te makkelijk gedacht om seizoensgebonden vaccinaties elders te beleggen.
- En als er nieuwe vaccinaties blijven komen? als huisarts duidelijke taak: niet populatie gebonden. RVP doen ze niet. Dat moet je ook niet bij een huisarts wegzetten. Huisarts heeft contract met basistaken zvw. Heb je het over hele bevolking dat is het publieke gezondheidszorg. We kunnen niet alsmaar taken erbij kunnen doen, tenzij we meer tijd voor de patiënt krijgen. Met covid komt curatieve zorg aankloppen, aan de andere kant trekt publieke gezondheid. We kunnen niet alles op ons bord. Leeftijdscohorten is altijd PG. Alleen griep is een uitzondering.
- We zoeken gecommiteerde partij voor uitvoering volwassenvaccinaties. Als je kijkt naar de indeling: ofwel alles bij huisarts – voelen zich niet geroepen, maar griep voelen ze wel verantwoordelijk, we zoeken naar andere partij die bredere zin? als we blijven selecteren blijven we daar een rol in spelen. niet op leeftijdscohort maar wel griep boven 65. Griep en pneu is een seizoensgebonden klap. Anderen zijn continu proces van vaccineren door het hele jaar. Als je extern wil beleggen heb je ook verschillende processen. Van mening dat externe partij kan qua personeel niet als je op 1 moment 3/4 miljoen prikken zet en de rest van het jaar niet. De huisarts kan dat wel. Dat zie ik niet bij de GGD proberen. Logisch om pneu elders te beleggen, maar de griep op een praktische manier niet.
- wat als een partij dat wel kan? Hoe kijken jullie daar tegenaan? niet besproken met achterban, maar griep met medische indicatie is echt een no go om dat te veranderen... willen best helpen. Belang wordt gezien, maar je kan maar 1 ding tegelijk. GGD is een goede partij, veel ervaring. Griep willen ze behouden want gaat goed en krijgen veel vragen hierover. Praktisch gezien veel tijd kwijt, dus kunnen het beter zelf doen. twee moeilijk processen: 1 thuis prikken 2, indiceren. Dat houdt je over 60+ door andere organisatie. Dan komen alle vragen bij huisarts, en speciale groepen, en dan cohorten 60+ zou raar zijn... uitvoering is maar een klein deel van het werk, en is juist het deel dat voldoening geeft. Nu met corona doen ze selectie, vragen, agressie en krijgen vervolgens geen credits. Die balans is scheef.
- voor patiënten logisch aanspreekpunt en enige partij die risicogroepen in beeld heeft, hoe zou dat geoptimaliseerd kunnen worden? selecteren. Registeren gaat oke, voorlichtingscampagne kan overheid meer doen. Antivaxxers heeft echt invloed. Bepaalde doelgroepen moeilijk te bereiken, daar kan publieke voorlichting gericht op bepaalde doelgroepen bij helpen. Individuele huisarts is daarbij niet de grootste speler. Zitten grotere problemen bij waar je naar zou moeten kijken.
- Covid vaccinatie structureel: lastig dat we niet weten wat de situatie gaat worden, weten nog niet weten wat de frequentie gaat worden. Is het seizoensgebonden en wie is de doelgroep. Op het moment dat het endemisch is, je hoeft alleen kwetsbaren, groep van kwart vd bevolking, en moet seizoensgebonden, en komt overeen met griep groep, dan zit je in een ander verhaal. Wat het wordt is van belang voor de uitvoerder. En

Datum

28 april 2021

daarna zijn de randvoorwaarden heel belangrijk. Huisarts moet dat oke vinden, ledenraad, randvoorwaarden (pfizer -80 is ene no go, zelf verdunnen ook een no-go, beleid duidelijk, financiering moet goed zijn). Nog steeds veel om over te praten als je kijkt naar de meest geschikte uitvoerder. Covid niet per definitie no go, maar randvoorwaarden zijn belangrijk.

**Directoraat Generaal
Volksgezondheid**
Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en
Infectieziekten

Datum
28 april 2021

Notulen:

Datum
28 april 2021

- 5.1.2e rapport kent grote uitdaging.
- 5.1.2e Knelpunten doorlopen.
- RVP dingen die ik niet begrijp. Op maat herken ik op praktijk, maar buiten ons om.
- Mensen met medische indicatie onvoldoende bereikt: daar heb ik vragen over. Nivel monitor laat zien 70% bereik kwetsbaren. Opmerking wil ik maken, kan altijd beter. 5.1.2e mensen onder 60 relatief lager, denk dat ze vooral op die groep doelen 5.1.2e je moet dieper in de getallen duiken. Het is een schot in de rug wat uitnodigt voor verdere analyse. Van de laar (NHG): verschil in med indicatie. Sommige mensen hebben medische indicatie maar zijn niet kwetsbaar. 25 jaar met astma bijv. Benieuwd of patiënt zijn eigen kwetsbaarheid kan inschatten. Conclusie: niet eens.
- Financiering: wat onder zwv? 5.1.2e knip zou lastig zijn in de uitvoering en ongewenst, van als van eigen risico gaat verhoogd het de opkomst ook niet. Alles wat goed loopt, met name grieprik, zou ik geen ander financieel systeem op los laten. Vaccinaties tussen door, financieel nooit wat voor geregeld, dus als je dat makkelijker maakt helpt dat ook. Van de laar (NHG): pneumokokken gestart, dit is enkel 60-80, onder grote lobby van LCI, advies PWC13???, beerput financieringsstroom. Was lastig om daar. Inmiddels zorgaanvraag geweest NZA, maar probleem speelt breder. Geen fin probleem binnen griep, maar op het moment van med ind. En zwv zijn er echt wel knelpunten die niet helpen. Geen grotere aantallen maar wel individueel veel gezondheidswinst te halen. Patiënt niet vergoed en uitvoerder niet vergoed.
- Ict systemen kunnen niet goed communiceren: 5.1.2e Niet de bedoeling dat andere relaties de med. Risicogroepen kunnen inzien. Of gaat het alleen over op tijd doorkrijgen wanneer. Eline: denk breder verhaal. Iddo: krijgen hier veel jeuk van. Doet denken aan big data. Med indicatie is waarde van de huisartsen, kan scherper, maar mensen die geïndiceerd zijn zitten erin. Vinden dit ook echt een taak van de huisarts. Samen met de specialist. Hele bestand naar GGD kan niet. Eline: zit ook een gefaseerde aanpak in 5.1.2e waarom is het een probleem? Van de laar (NHG): koppeling van zorgsystemen in de vorm van zorgverleners: ziekenhuis – huisarts – apotheek, dat helpt, bijv kankerpatiënt die chemo ondergaan kunnen we moeilijk selecteren. Dat komt niet makkelijk in medicatie overzicht. Als die koppeling beter is kan je beter identificeren. Dan wordt het makkelijker om de juiste mensen de prikken te geven. Niet wenselijk om medische informatie aan GGD door te geven.
- Iddo: Was nu met covid avg proef door code op uitnodigingbrief, ggd hebben gegevens niet gekregen.
- Iddo: Proces afspraken ka je via patiënt doen. Zien we niet als breekpunt.
- Vd laar (NHG): wel wens om het te verbeteren, maar proces afspraken is makkelijker en minder ethisch en technische problemen.
- Ook moeite met: vaccinatie als normale medische interventie en in richtlijn. Romijn: als je kijkt naar NPG: loopt goed en hoef je niet te splitsen, dan kan juist ook gevolgen hebben. Covid was crisis. Kunnen niet vinden in deze splitsing. No go. 5.1.2e vat vergeten wordt, griep en pneu voorspelbaar proces, vele vaccineren en dan verdwijnt het weer. Kan je wel bij ggd beleggen, maar wel hele opgebouwde organisatie die niet overeind gaat blijven gedurende een heel jaar. Als huisartsen hebben we wel die faciliteit, 5000prikpunten kunnen veel vaccins toedienen. Wordt te

- makkelijk gedacht om seizoensgebonden vaccinaties elders te beleggen.
- 5.1.2e hoe kijken jullie er tegenaan als er nieuwe vaccinaties blijven komen? 5.1.2e als huisarts duidelijke taak: niet populatie gebonden. RVP doen ze niet. Dat moet je ook niet bij een huisarts wegzetten. Huisarts heeft contract met basistaken zvw. Heb je het over hele bevolking dat is het publieke gezondheidszorg. We kunnen niet alsmaar taken erbij kunnen doen, tenzij we meer tijd voor de patiënt krijgen. Met covid komt curatieve zorg aankloppen, aan de andere kant trekt publieke gezondheid. We kunnen niet alles op ons bord. Leeftijdscohorten is altijd PG. Alleen griep is een uitzondering. Eline: als je die lijn aan houdt, zoeken gecommiteerde partij voor uitvoering volwassenvaccinaties. Als je kijkt naar de indeling: ofwel alles bij huisarts – voelen zich niet geroepen, maar griep voelen ze wel verantwoordelijk. Romijn; klopt niet, jaartallen toegevoegd. Knip in preventie, generalistisch. Griep doen we al jaren. We doen ook niet HPV vaccinatie. Eline: we zoeken naar andere partij die bredere zin. 5.1.2e als we blijven selecteren blijven we daar een rol in spelen 5.1.2e niet leeftijd maar wel griep boven 65. Griep en pneu is een seizoensgebonden klap. Anderen zijn continu proces van vaccineren door het hele jaar. Vd laar (NHG): als je extern wil beleggen heb je ook verschillende processen. Extern kan qua personeel niet als je op 1 moment 3./4 miljoen prikken zet en de rest van het jaar niet. De huisarts kan dat wel. Dat zie ik niet bij de GGD proberen. Logisch om pneu elders te beleggen, maar de griep op een praktische manier niet 5.1.2e en wat als een partij dat wel kan? Hoe kijken jullie daar tegenaan? 5.1.2e niet besproken met achterban, maar griep met med. Indi, echt een no go om dat te veranderen... willen best helpen. Belang wordt gezien, maar je kan maar 1 ding tegelijk. GGD is een goede partij, veel ervaring. Griep willen ze behouden want gaat goed en krijgen veel vragen hierover. Praktisch gezien veel tijd kwijt, dus kunnen het beter zelf doen. Iddo: twee moeilijk processen: 1 thuis prikken 2, indiceren. Dat houdt je over 60+ door andere organisatie. Dan komen alle vragen bij huisarts, en speciale groepen, en dan cohorten 60+ zou raar zijn... vd laar (NHG): uitvoering is maar een klein deel van het werk, en is juist het deel dat voldoening geeft. Nu met corona doen ze selectie, vragen, agressie en krijgen vervolgens geen credits. Die balans is scheef. 5.1.2e voor patiënten logisch aanspreekpunt en enige partij die risicogroepen in beeld heeft, hoe zou dat geoptimaliseerd kunnen worden? Romijn: selecteren. Registeren gaat oke, voorlichtingscampagne kan overheid meer doen. Antivaxxers heeft echt invloed. Bepaalde doelgroepen moeilijk te bereiken, daar kan publieke voorlichting gericht op bepaalde doelgroepen bij helpen. Individuele huisarts is daarbij niet de grootste speler. Zitten grotere problemen bij waar je naar zou moeten kijken 5.1.2e doen we ook.
- Vd laar (NHG): Med indicatie liggen meer problemen dan bij programma's. wat willen jullie daar nog bereiken? Eline: uitvoeringstoets ZIN, hoe die groepen beter bereiken. Oplossingen in financieel arrangement. Vergoeding bepaald door aanvraag vaccin ontwikkelaar, waardoor... dat soort problemen brengen ze nu in kaart. Daar ligt wel een fundamentele afweging, laat je het indiceren en vaccineren in de curatieve zorg. En hoe kan je bewustwording vergroten, bijv richtlijnen, bijscholing, veel opties. 5.1.2e ZIN komt met verdieping. 5.1.2e goed om ons daar in mee te nemen. Buiten griep hebben we andere medische risicogroepen. Voorbeeld waar je beter afspraken over kan maken. Maar dat gaat niet over de grote bulk. Moeten ook dingen mee terugnemen naar de achterban.

**Directoraat Generaal
Volksgezondheid**
Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en
Infectieziekten

Datum

28 april 2021

- 5.1.2e we willen behouden wat goed is, op zoek naar consensus met partijen. Of gezamenlijk in gesprek of verdiepingsslag vragen RVS.
- 5.1.2e over covid: lastig dat we niet weten wat de situatie gaat worden. Vd laar (NHG): weten nog niet weten wat de frequentie gaat worden. Is het seizoensgebonden en wie is de doelgroep. Op het moment dat het endemisch is, je hoeft alleen kwetsbaren, groep van kwart vd bevolking, en moet seizoensgebonden, en komt overeen met griep groep, dan zit je in een ander verhaal. Wat het wordt is van belang voor de uitvoerder. En daarna zijn de randvoorwaarden heel belangrijk. Huisarts moet dat oke vinden, ledenraad, randvoorwaarden (pfizer -80 is ene no go, zelf verdunnen ook een no-go, beleid duidelijk, financiering moet goed zijn). Nog steeds veel om over te praten als je kijkt naar de meest geschikte uitvoerder. Covid niet per definitie no go, maar randvoorwaarden zijn belangrijk.

-